

## DÉCLARATION DE REVENU FAMILIAL TOTAL

**Numéro d'identification personnel** (9 chiffres) \_\_\_\_\_

**Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba** (6 caractères alphanumériques) \_\_\_\_\_

*Afin de déterminer mon admissibilité à la couverture en fonction des revenus dans le cadre du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba, je déclare les revenus suivants :*

Je, (nom) \_\_\_\_\_, suis un nouveau résident (ou une nouvelle résidente) du Canada depuis le (date d'établissement) \_\_\_\_\_.

En **2024**, je résidais (pays) \_\_\_\_\_ et j'avais un revenu annuel brut de \_\_\_\_\_ \$ CAN.

**(S'il y a lieu)**

En **2024**, ma conjointe (ou mon conjoint) (nom) \_\_\_\_\_ résidait (pays) \_\_\_\_\_ et avait un revenu annuel brut de \_\_\_\_\_ \$ CAN.

- En cochant cette case, je déclare/nous déclarons (la personne présentant la demande et son conjoint ou sa conjointe, le cas échéant) que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et que l'intégralité de mes/nos revenus, toutes sources confondues, y sont déclarés. Je comprends/nous comprenons qu'une fausse déclaration constitue une fraude et peut entraîner le recouvrement de toute prestation versée par le ministère de la Santé du Manitoba.

Signature de la personne présentant la demande

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature du conjoint (ou de la conjointe) (s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_